

見本

通所リハビリテーション新規依頼書

※差支えなければ、介護保険証、基本情報のコピーを添えて下さい。

依頼日	20XX 年 4 月 2 日		
依頼者	事業所名	居宅介護支援センターたろう	
	電話番号	0475-22-3333	
	氏名	茂原 太郎	
利用者名・性別	茂原 花子 様 (男・ <input checked="" type="radio"/> 女)		
生年月日・年齢	昭和 XX 年 4 月 3 日 XX 歳		
住所	茂原市茂原111-222		
電話番号	0475-22-3333		
要介護度	要支援・ <input checked="" type="radio"/> 要介護 1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3・4・5 申請中 (初申請・再申請)		
介護負担割合	1 割		
公費負担の有無	生活保護 (生保単独・生保併用) あり・ <input checked="" type="radio"/> なし		
疾患名(発症日)	疾患名 腰部脊柱管狭窄症 発症日 R XX年 12月 20日		
退院・退所日	年 月 日 (退院・退所) <input checked="" type="radio"/> 入院なし・入所なし		
	入院 (入所機関名)		
主治医	医療機関:	茂原病院	医師名: 若林 次郎
利用希望回数	週 2 回		
利用希望曜日 時間帯	第一希望 月水①	第二希望 水木①	第三希望 木金①
歩行手段	自立・ <input checked="" type="radio"/> 杖・歩行器・シルバーカー・車椅子		
	3階まで歩行 (エレベーター挟んで50m程度歩きます) : <input checked="" type="radio"/> 可・不可		
依頼目的 ・ 経緯	XX.12.20 右腰部痛により、立位・歩行が困難となる。これまではADL自立、身の回りの事は自力で行えていたが、以来臥床して過ごすようになっており、今後廃用性筋力低下から寝たきりになる恐れあり、家族よりリハビリ希望がある。次男夫婦、孫の二世帯。日中独居のため、屋内移動、排泄の自立 (トイレ私用) を目的としたリハビリを希望。		

提供時間帯

①9:00~10:30 ②10:30~12:00 ③13:30~15:00 ④15:00~16:30

通所リハビリテーション新規依頼書

※差支えなければ、介護保険証、基本情報のコピーを添えて下さい。

依頼日	年 月 日		
依頼者	事業所名		
	電話番号		
	氏名		
利用者名・性別	様 (男・女)		
生年月日・年齢	年 月 日 歳		
住所			
電話番号			
要介護度	要支援 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 申請中 (初申請・再申請)		
介護負担割合	割		
公費負担の有無	生活保護 (生保単独・生保併用) あり ・ なし		
疾患名(発症日)	疾患名	発症日	年 月 日
退院・退所日	年 月 日 (退院・退所) 入院なし・入所なし		
	入院 (入所機関名)		
主治医	医療機関：		医師名：
利用希望回数	週 回		
利用希望曜日 時間帯	第一希望	第二希望	第三希望
歩行手段	自立 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子 3階まで歩行 (エレベーター挟んで50m程度歩きます) : 可 ・ 不可		
依頼目的 ・ 経緯			

提供時間帯

①9:00~10:30 ②10:30~12:00 ③13:30~15:00 ④15:00~16:30